

MUTYZM WYBIÓRCZY



Dzieci,
u których stwierdza się występowanie mutyzmu
wybiórczego, **odzywają się tylko do**
wąskiego kręgu bardzo bliskich osób
i w określonych okolicznościach.

Zazwyczaj dziecko takie rozmawia swobodnie
z rodzicami i rodzeństwem w domu,
natomiast **nie odzywa się do nauczycieli**
i rówieśników w szkole,
choć ma niezaburzone rozumienie mowy.

W znacznie rzadszych przypadkach dziecko rozmawia w szkole,
lecz nie odzywa się w domu.

Tego rodzaju mutyzm pojawia się zwykle pomiędzy 3 a 5 r. ż..

Zgłaszanie się do specjalisty następuje na ogół później, już po rozpoczęciu nauki w szkole.

Wielu klinicystów przychyła się do takiego rozpoznania jedynie w razie utrzymywania się objawów co najmniej przez 6 miesięcy, pomimo że według DSM-IV i ICD-10 wystarcza 1 miesiąc.

I. EPIDEMIOLOGIA

Odmowa odzywania się w szkole przez pierwszych kilka tygodni czy miesięcy jest stosunkowo częstym zjawiskiem u dzieci, które dopiero rozpoczęły naukę szkolną; dotyczy około 1% dzieci (większy odsetek obserwowano u dzieci emigrantów).

Tego rodzaju problemy nie utrzymują się jednak przez dłuższy czas.

Do wieku 6-7 lat częstość występowania tego zaburzenia spada – zdarza się u 2-5 dzieci na 10 000 (podobnie często jak wąsko zdefiniowany autyzm).

Swoiste zaburzenia rozwoju mowy występują częściej u chłopców niż u dziewcząt; w przypadku mutyzmu wybiórczego takiej prawidłowości nie ma (u dziewczynek występuje nawet częściej niż u chłopców).

Nie udało się wykazać istotnych prawidłowości, jeśli chodzi o poziom społeczno-ekonomiczny, licznosc rodziny czy kolejność urodzeń.

II. OBJAWY TOWARZYSZĄCE

(1) *Inne zaburzenia psychiczne.*

Do często opisywanych zaburzeń towarzyszących należą zaburzenia lękowe, depresja, moczenie mimowolne, mimowolne zanieczyszczanie się kałem, nadruchliwość i tiki.

Ostatnie badania szczególnie podkreślają częstotliwość występowania lęku społecznego o natężeniu spełniającym zazwyczaj kryteria fobii społecznej (DSM-IV) lub lęku społecznego w dzieciństwie (ICD-10).

Niektórzy badacze uważają nawet, że mutyzm wybiórczy należy postrzegać jak jeden z objawów leku społecznego, nie zaś odrębną jednostką klasyfikacyjną.

II. OBJAWY TOWARZYSZĄCE C.D.

(2) Zaburzenia mowy.

Z definicji wynika, - że dziecko musi być zdolne do stosunkowo swobodnej rozmowy w niektórych sytuacjach, - w wywiadzie obecne są jednak często takie nieprawidłowości jak opóźnienie posługiwania się mową lub utrzymujące się nieznaczne problemy z artykulacją.

Ponieważ dzieci z mutyzmem wybiórczym raczej nie dadzą się namówić na rozmowę ze specjalistą, konieczne jest przeprowadzenie badania posługiwania się mową w inny sposób, np. - *na podstawie nagrania magnetofonowego wykonanego przez rodziców dziecka lub też na - podstawie pisemnych wypracowań dziecka.*

Oficjalne badanie poziomu sprawności językowej dziecka przez psychologa czy logopedę może również okazać się bardzo pomocne.

Obrazkowe testy językowe, w których wymaga się od dziecka wskazania obrazka stanowiącego ilustrację określonego słowa, mogą być stosowane jako badania przesiewowe pozwalające wykryć problemy związane z rozumieniem mowy.

II. OBJAWY TOWARZYSZĄCE C.D.

(3) *Inteligencja.*

Ocena poziomu inteligencji dziecka musi oczywiście być przeprowadzona na podstawie testów, które nie wymagają od dziecka rozmowy,

np. z użyciem podskal do badania związków wizualno-przestrzennych, wchodzących w zakres większości dostępnych tekstów do badania inteligencji.

Średnia wyników w skali bezsłownej dla dziecka z mutyzmem wybiórczym wynosiła w jednym z badań 85 (wykazując rozpiętość od przeszło 100 do wartości poniżej 70).

Mutyzm wybiórczy może również występować u dzieci z rozpoznaniem różnych stopni niepełnosprawności intelektualnej.

II. OBJAWY TOWARZYSZĄCE C.D.

(4) *Funkcjonowanie społeczne.*

Większość dzieci z tym zaburzeniem wykazywała, począwszy od przedszkola, znaczny stopień nieśmiałości w kontaktach społecznych oraz dążenie do unikania kontaktów zarówno z innymi dziećmi, jak i dorosłymi.

(5) *Osobowość.*

Niezachwianemu postanowieniu, by nie mówić w pewnych określonych sytuacjach, często towarzyszą inne objawy, świadczące o sile woli.

Niektóre dzieci są bardzo uległe w stosunku do obcych, a przejawiają natomiast agresję wobec domowników, inne odwrotnie;

wreszcie trzecia grupa dzieci wykazuje skłonność do izolacji i nieśmiałości zarówno w domu, jak i poza nim. Często występują również kombinacje powyższych cech osobowościowych.

II. OBJAWY TOWARZYSZĄCE C.D.

(6) *Czynniki rodzinne.*

Często podczas wywiadu ujawnia się występowanie:

- lęku społecznego lub mutyzmu wybiórczego u jednego z rodziców lub rodzeństwa,
- podobnie jak nadopiekuńczość matek oraz
- problemy małżeńskie rodziców
(jednak nie prowadzące do rozpadu małżeństwa).

Opisywane są również:

- przypadki zaburzeń psychicznych u jednego z rodziców
(najczęściej nerwicowe lub depresyjne),
- problemy osobowościowe rodziców
(takie jak wyraźna agresja lub nieśmiałość).

II. OBJAWY TOWARZYSZĄCE C.D.

(7) *Doświadczenia urazowe.*

Dotychczasowe badania osób z mutyzmem wybiórczym podkreślały znaczenie raczej zaburzeń rozwoju osobowości jako czynnika etiologicznego warunkującego wystąpienie zaburzenia niż rzeczywistego doświadczenia urazowego.

W jednym z ostatnich doniesień wykazano jednak, że dzieci z mutyzmem wybiórczym w stopniu znacznie większym niż dobrane pod względem wieku dzieci z grupy kontrolnej i dzieci w tym samym wieku, cierpiące z powodu specyficznych zaburzeń rozwoju mowy, padły ofiarą przemocy (potwierdzonej lub domniemanej), zazwyczaj o charakterze seksualnym.

Rola nadużycia czy innego doświadczenia urazowego jako czynnika warunkującego wystąpienie mutyzmu wybiórczego wymaga jednak dalszych badań.

III. ROZPOZNANIE RÓŻNICOWE

(1) *Norma.*

Małe dzieci wykazują znaczne różnice w łatwości radzenia sobie z nowymi sytuacjami społecznymi.

Czy przejściowy mutyzm wybiórczy w chwili wejścia w nowe środowisko szkolne jest tylko wyrazem bardziej nasilonej nieśmiałości?

Czy uporczywe utrzymywanie się mutyzmu znajduje się również na tym samym kontinuum, czy też jest jakościowo różną jednostką psychopatologiczną?

III. ROZPOZNANIE RÓŻNICOWE

(2) Poważne zaburzenia rozwoju z kręgu zaburzeń rozwoju mowy i języka –

Mogą zostać wykluczone tylko wtedy, gdy istnieją przekonujące dowody, że posługiwanie się mową przez dziecko jest przynajmniej w niektórych sytuacjach niezaburzone.

(3) Również autyzm –

Można wykluczyć w powyższy sposób, w połączeniu z bezpośrednią obserwacją dziecka podczas zabawy i codziennych interakcji z innymi członkami rodziny.

III. ROZPOZNANIE RÓŻNICOWE

(4) *Mutyzm histeryczny* –

Utrata mowy – najczęściej obejmuje wszystkie rodzaje sytuacji, w jakich dziecko uczestniczy.

Początek zazwyczaj jest nagły
(czasem jako następstwo traumatycznego doświadczenia), dziecko zaś nie przejawiało wcześniej wyraźnych objawów nieśmiałości.

IV. ETIOLOGIA

To rzadko spotykane zaburzenie

może być wynikiem zadziałania zarówno **czynników**:

- **środowiskowych**, jak i

- **indywidualnych predyspozycji**.

Być może, istniejąca wcześniejsza nasiloną nieśmiałość
może się zaostrzyć w wyniku:

- powtarzających się napięć w środowisku domowym,

- stres związany ze statusem emigranta czy też

- zahamowaniami poznawczymi.

Mutyzm może przynosić również pewne wtórne korzyści,
takie jak zwiększenie uwagi czy troski okazywanej
dziecku – zarówno w domu, jak i w szkole.

IV. ETIOLOGIA

Bez dokładnych badań bliźniąt, a także dzieci adoptowanych nie jest możliwe rozstrzygnięcie,
- czy występowanie rodzinne mutyzmu
jest spowodowane przenoszeniem genów,
- czy też raczej modelowaniem społecznym.

Czy lękowi i nadopiekuńczy rodzice przekazują również swym dzieciom lęk społeczny?

Czy też te same geny, które mogą u rodziców być odpowiedzialne za występowanie lęku i nadopiekuńczości, usposabiają dzieci tych rodziców do odczuwania lęku i reagowania mutyzmem wybiórczym?

V. LECZENIE

W razie wystąpienia mutyzmu wybiórczego często mogą się okazać **pomocne techniki behawioralne**, np. :

- stopniowa desensytyzacja, przygotowująca dziecko do zabierania głosu w większych grupach.

Proces ten **rozpoczyna się od:**

1 - skłaniania dziecka do mówienia w obecności tylko jednej, dobrze znanej osoby i polega na

2 - stopniowym zwiększaniu liczby osób stanowiących „audytorium”.

Oczywiście trzeba zadbać o to, by **nagrody związane z mówieniem przewyższały te związane z niemówieniem** (taka nagrodą może być np. uwaga, jaką obdarzone jest dziecko).

V. LECZENIE

Ponieważ mutyzm wybiórczy zazwyczaj jest problemem pojawiającym się na gruncie szkolnym, nauczyciele są najbardziej odpowiednimi terapeutami behawioralnymi pierwszego kontaktu, *oczywiście pod kierunkiem psychologów czy pedagogów.*

Logopeda może zaś pomóc w skorygowaniu problemów z artykulacją, przyczyniając się w ten sposób do zmniejszenia zahamowań dziecka związanych z publicznym wypowiedaniem się.

* Trening umiejętności społecznych i * terapia rodzinna mogą również być zawarte w ofercie leczniczej, przyczyniając się do rozwiązania towarzyszących problemów w relacjach społecznych.

V. LECZENIE

W ostatnim okresie pojawiło się wielkie zainteresowanie potencjalną rolą selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), takich jak fluoksetyna, *w - leczeniu fobii społecznej i - mutyzmu wybiórczego.*

Jednak niedawno zakończone badania na niewielkiej populacji, przeprowadzone w warunkach podwójnej ślepej próby z placebo, wykazało jedynie nieznaczną przewagę leku aktywnego, jeśli chodzi o kontrolę objawów.

Przewaga ta mogła być znaczniejsza, gdyby lek był stosowany przez dłuższy czas, a dawkowanie dostosowane indywidualnie.

VI. ROKOWANIE

Mimo że mutyzm,
który pojawia się w chwili rozpoczęcia nauki w szkole,
zazwyczaj jest problemem przemijającym,
prawdopodobieństwo samoistnego ustąpienia dramatycznie spada,
jeśli zaburzenie utrzymuje się przez 6-12 miesięcy.

Jak wykazało jedno z niedawnych badań,
w połowie przypadków potwierdzone mutyzmu nie wykazano
poprawy po upływie 5-10 lat od chwili rozpoznania.

Największe prawdopodobieństwo poprawy przypada
na okres szkoły podstawowej, jednak możliwe jest również
ustąpienie objawów w późniejszym wieku.

Ustąpienie mutyzmu towarzyszy również,
choć nie w każdym przypadku, polepszenie relacji społecznych.



DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ 😊

Zebrała i opracowała: Beata Michałowska – Poleszak – psycholog szkolny

na podstawie publikacji: *Psychiatria dzieci i młodzieży*

Robert Goodman, Stephen Scott

Pod redakcją Jolanty Rabe-Jabłońskiej

Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław 2003.